Data di compilazione//	
Sorveglianza PFA	

Segnalazione iniziale

Regione	Provinci	a	ASL
			Sesso
ID ospedale			
			Data//
			Tel
Comune di residenza	(se diversa dal domicilio)		
			dal/
Data inizio paralisi	/ /	data inizio indagini	cliniche per PFA/_/
Febbre all'inizio della		_	no \square . non noto \square
	ralisi entro 4 giorni dall'inizio		
Asimmetria della para	-		\square non noto \square
•	si. arti □ arti e musc. respi		
•	io (indicare data e tipo di vaccino		
•		•	
I dose//_	II dose//	III dose//	IV dose//
——— IPV □ OPV □		———— IPV □ OPV □	———— IPV □ OPV □
• Due campioni d	_		4 ore e massimo 48 uno
dall'altro) e un car	•		1 1 1 1 0 11
	giorni dopo la comparsa dei	_	_
	e della segnalazione		
Tel	fax	E-mail	
La presente sched	a va inviata <u>contemporanea</u>	mente a	
Ministero della Salute			Istituto Superiore di Sanità
D.G. Prevenzione Sar Ufficio 05- Prevenzio	nitaria one delle malattie trasmissibili e		Dipartimento Malattie Infettive Viale Regina Elena 299
profilassi internaziona	ale		00161 Roma
Via G. Ribotta 5 -001 Tel 06 5994 3307 -27			Tel:06 49902126 (3237)
E-mail: malinf@sanit	ta.it		PEC: dmi@pec.iss.it
a.dalberto@sa	nita.it		
Cantra made 1 1	-C		
Centro regionale di re	eferenza		

Data di compilazione	/	_/_	
Sorveglianza PFA			

SCHEDA CAMPIONI PER PFA

1011C		11011110111	
Iniziali Cognome	e nome (prime due letter	re)	Sesso
ID ospedale			
Luogo di nascita _			Data//
Date di racco	lta dei campioni:		
I campione di	feci/	II campio	one di feci//
Un campione	di siero//	_	
Si ricorda che 6 follow-up	0 giorni dopo la com	parsa dei sintomi andrà co	ompilata la scheda di
Tel		E-mail	
La presente scl Ministero della Sa D.G. Prevenzione	faxfaxfaxfaxfaxfatfatfatfatfatfatfatfatfat	E-mail uporaneamente a	

Data	/_	/_	
Sorv	vegliar	1 7 2	PFA

Follow-up a 60 giorni

Iniziali Cognome e nome (prime due lettere)	Regione	Pr	ovincia_			AS	SL		
Luogo di nascita	Iniziali Cognome e nome	e (prime due lettere)						Sesso	
Luogo di nascita	ID ospedale								
Data della visita per il follow-up/ Paralisi presente dopo 60 giorni no si Sito eventuale paralisi gamba sinistra									
Paralisi presente dopo 60 giorni no si Sito eventuale paralisi gamba sinistra musc. respiratori mervi cranici mervi cranici shraccio destro destro destro destro destro mervi cranici m									
Paralisi presente dopo 60 giorni no si Sito eventuale paralisi gamba sinistra musc. respiratori mervi cranici mervi cranici shraccio destro destro destro destro destro mervi cranici m	Data dalla vigita mar il	fallow up / /							
Sito eventuale paralisi gamba sinistra	_			поП	si□				
gamba sinistra	i ai ansi presente aop	o oo gioriii		1100	51_				
gamba destra	Sito eventuale paralisi								
Commenti sull'eventuale grado di miglioramento Allegare, se disponibile, il rapporto neurologico Diagnosi finale poliomielite	gamba destra braccio destro			nervi cranic	ci				
Allegare, se disponibile, il rapporto neurologico Diagnosi finale poliomielite	Miglioramento della p	aralisi rispetto alla	fase acut	a:		no□		si□	
Allegare, se disponibile, il rapporto neurologico Diagnosi finale poliomielite sindrome di Guillain-Barrè poliradiculoneurite/Sindrome di Landry mielite trasversa neuropatia traumatica meningite Diagnosi finale poliomielite sindrome di Guillain-Barrè poliradiculoneurite/Sindrome di Landry mielite trasversa poliomielite sindrome di Guillain-Barrè poliradiculoneurite/Sindrome di Landry mielite trasversa poliomielite sindrome di Guillain-Barrè poliradiculoneurite/Sindrome di Landry mielite trasversa poliomielite sindrome di Guillain-Barrè poliomielite sindrome di Guillain-Barrè poliradiculoneurite/Sindrome di Landry mielite trasversa poliomielite	Commenti sull'eventua	ale grado di miglior	amento						
poliomielite	Allegare, se disponibil	e, il rapporto neuro	logico						
sindrome di Guillain-Barrè poliradiculoneurite/Sindrome di Landry mielite trasversa neuropatia traumatica meningite	Diagnosi finale								
compressione spinale (da neoplasia, ascesso, ematoma) malattie sistemiche o metaboliche altro specificare specificare specificare	sindrome di Guillain-E poliradiculoneurite/Sir mielite trasversa neuropatia traumatica meningite encefalite compressione spinale (da neoplasia, ascesso malattie sistemiche o r altro	, ematoma) netaboliche		ecificare					
Medico responsabile									-
La presente scheda va inviata contemporaneamente a Ministero della Salute D.G. Prevenzione Sanitaria Ufficio 05- Prevenzione delle malattie trasmissibili e profilassi internazionale Via G. Ribotta 5 -00144 Roma Tel 06 5994 3307 -2743 E-mail: malinf@sanita.it a.dalberto@sanita.it Centro regionale di referenza Istituto Superiore di Sa Dipartimento Malattie Infet Viale Regina Elena 2 00161 Ro Tel:06 49902126 (32 PEC: dmi@pec.is	Ministero della Salute D.G. Prevenzione Sanita Ufficio 05- Prevenzione profilassi internazionale Via G. Ribotta 5 -00144 Tel 06 5994 3307 -2743 E-mail: malinf@sanita.it a.dalberto@sanita	ria delle malattie trasmiss Roma it		<u>nte</u> a		Dipart	imento N Viale Ro Tel:06 4	Malattie egina El 0016 990212	Infettive dena 299 61 Roma 6 (3237)